Lane Medical Library

Aus der chirurgischen Universitätsklinik Köln-Lindenburg.
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Tilmann)

Ueber verschluckte Fremdkörper im Magen und Darmkanal Strafgefangener.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät der Universität Köln.

Vorgelegt von

HANS LAHME

aus Köln.

1930

Buchdruckerei C. Steingass, Köln, Klingelpütz 29-30

Aus der chirurgischen Universitätsklinik Köln-Lindenburg.
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Tilmann)

Ueber verschluckte Fremdkörper im Magen und Darmkanal Strafgefangener.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät der Universität Köln.

Vorgelegt von

HANS LAHME

aus Köln.

1930

Buchdruckerei C. Steingass, Köln, Klingelpütz 29-30

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/euberverschluckt0000hans

Unter der vielseitigen Ätiologie verschluckter Fremdkörper des Magen- und Darmkanals finden wir sehr oft abnorme psychische Veranlagung. Sie stellt u. a. auch das Hauptkontingent jener Fälle dar, bei denen es sich um Gefängnisinsassen handelt, welche absichtlich die verschiedensten Gegenstände verschlucken. Sie erstreben dadurch die Vorteile der Gemeinschaftshaft oder Krankenhausbehandlung. Die meisten unter ihnen sind erregbare, geltungssüchtige Psychopathen.

Daß Fremdkörper von Strafgefangenen verschluckt werden, scheint gerade in letzter Zeit häufiger vorzukommen, und die Behandlung solcher Fälle bedeutet für manche Klinik keine Seltenheit mehr. Trotzdem ist die Frage, ob man sich für eine konservative oder operative Therapie entscheiden soll, noch offen.

Vorliegende Arbeit dient der Veröffentlichung der an der chirurgischen Universitätsklinik Köln-Lindenburg behandelten Fälle von Fremdkörpern im Magen und Darmkanal Strafgefangener. Sie soll über das verschiedene Verhalten des fast immer gleichen verschluckten Materials bei den einzelnen Individuen berichten und zugleich die an hiesiger Klinik stets durchgeführte operative Behandlung rechtfertigen.

Überschauen wir die bei den einzelnen Operationen zu Tage geförderten Gegenstände, so finden wir hauptsächlich Stücke von Eßwerkzeugen (Löffelstiele, Gabeln), Teile von Matratzen (Betthaken, Spiralfedern), ferner längere Drahtstücke und vereinzelt auch kleinere Dinge wie Stecknadeln

und Nägel. Nach der in der Literatur üblichen Einteilung lassen sich unter Berücksichtigung der Gefährlichkeit

1.) lange oder kleine, nach ihrer Form und Oberfläche wenig zu Verletzungen neigende Fremdkörper, die trotz ihrer evtl. Größe auffallend gut den Darm passieren,
2.) klumpige oder glatte, die lange Zeit ohne Wandschädigung im Magen retiniert werden,
3.) sperrige mit Haken, die an den Engen hängen bleiben,
4.) kleine spitze, zur Perforation neigende Gegenstände unterscheiden.

Die bei uns gefundenen Fremdkörper wären demnach hauptsächlich in die erste Gruppe einzureihen, allerdings mit der Einschränkung, daß besagte Gegenstände als abgebrochene Teilstücke eine nicht immer glatte Oberfläche haben. Daß gerade dieselben Fremdkörper immer wieder verschluckt werden, liegt weniger daran, daß den Strafgefangenen keine anderen Dinge zur Verfügung stehen, als daß sie relativ leicht den Schlund passieren. Sagt doch eine bei Fricker erwähnte Hysterica: „Das Schlucken der Eßwerkzeuge geht ganz leicht, mit dem Handgriff voran."

Bei Verfolgung des Schicksals der verschluckten Fremdkörper im Organismus sei zunächst eine Form der Selbstheilung erwähnt, die darauf hinausläuft, daß die Gegenstände spontan per vias naturales abgehen. Daß dieser günstige Ausgang gar nicht so selten ist, beweist die Statistik. Sie zeigt, daß ein großer Teil der angeführten Fremdkörper spontan abgeht, wobei noch zu berücksichtigen ist, daß lange nicht alle Fälle mit solch günstigem Resultat veröffentlicht werden. Unterstützt wird diese Selbstheilung für kleine spitze Gegenstände (Nadeln) durch die nach Exners Versuchen der muscularis mucosae des Darmtraktus zukommende Fähigkeit, spitze Dinge durch ihre Kontraktion festzuhalten und deren Lage so zu ändern, daß sie nur mit dem stumpfen Ende voran den Darm weiter passieren.

Eine weitere, allerdings seltene und komplizierte Form der Selbstheilung finden wir dann, wenn ein Fremdkörper

Darmwand und Bauchhöhle durchwandert, um unter Bildung eines Abszesses den Körper wieder zu verlassen. Als vorübergehend geheilt wären vielleicht jene Individuen anzusehen, bei denen verschluckte Gegenstände jahrelang im Magen verweilen, ohne entzündliche Symptome hervorzurufen. So finden wir in der Literatur einen Fall beschrieben, wo bei einem Geisteskranken eine Gabel dreieinhalb Jahre im Magen gelegen hatte und erst bei der Obduktion durch Zufall entdeckt wurde.

Für die Beschreibung der Komplikationen, die durch verschluckte Fremdkörper hervorgerufen werden können, ist vor allem der Zustand des Darmtraktus von großer Wichtigkeit. Organische und auch funktionelle Störungen können sein Verhalten wesentlich beeinflussen. Zu den organischen Veränderungen rechnen wir Strikturen, Neubildungen und Divertikel; zu den funktionellen jene z. T. konstitutionell bedingten Zustände, die mit einer Überempfindlichkeit des vegetativen Nervensystems einhergehen. Zu letzteren gehören Hysterische und Epileptische — wahrscheinlich also z. T. auch unsere Fälle —, bei denen Darmspasmen durch geringere Reize ausgelöst werden können als beim normalen Menschen.

Diesen für den ganzen Darmtraktus gültigen Gesetzmäßigkeiten stehen physiologische Tatsachen der einzelnen Abschnitte gegenüber, die für das Schicksal der Fremdkörper noch von großer Bedeutung sind. Beim Magen seien

1.) die Toleranz,
2.) der Füllungszustand und die Form,
3.) der Motus peristalticus

als wichtigste Faktoren genannt. Bei stärkerem Füllungszustand ist die schädigende Wirkung verschluckter Gegenstände auf die Darmwand, wenn nicht immer aufgehoben, so doch stark herabgesetzt, so daß ihre Weiterbeförderung im allgemeinen möglich ist. Betreffs der Toleranz erinnere ich an jene Zustände, die wir oben z. T. als funktionell bedingte Störungen bei überempfindlichem vegetativen Nervensystem erwähnt haben und der auf organischer

Grundlage beruhenden Änderungen der Toleranz, wie wir sie bei den verschiedensten Magenkrankheiten (Gastritis etc.) kennen. Wichtig ist natürlich auch ihr Einfluß auf den Motus peristalticus, der bei durch Krankheit geänderten physiologischen Bedingungen auch ein anderer ist. Speziell für die Fremdkörper mit glatter Oberfläche, deren Längendurchmesser überwiegt, — also auch z. T. für die in dieser Arbeit beschriebenen — ist noch von besonderer Bedeutung, daß sie selten spastische Kontraktionen machen, dafür aber gerne im Magen länger verweilen, weil sie durch die Peristaltik leicht aus ihrer für den Durchgang durch den Pylorus günstigen Lage gebracht werden oder bei erfolgtem Durchtritt durch den Pylorus infolge ihrer Länge oft an der Umbiegungsstelle des Duodenums Widerstand finden. Wird dadurch einem Fremdkörper das Weiterwandern aus dem Magen nicht möglich, so können, während akute Perforationen nicht so oft vorkommen, als Zeichen einer Kompensation Ektasie und Divertikelbildung, Atrophie und auch Hypertrophie der Magenwand mit den entsprechenden klinischen Symptomen auftreten. Als Ausdruck mehr akuter Schädigungen kommen bisweilen diffuse phlegmonöse Entzündungen oder auch oberflächliche oder sogar tiefe Geschwüre vor.

Hat schließlich das corpus alienum den Pylorus durchwandert, so können ihm bei der Passage des Duodenums weitere Schwierigkeiten entstehen. Während in der älteren Literatur der Möglichkeit des Haftenbleibens der Gegenstände im Zwölffingerdarm nicht gedacht wird, weist unter den neueren Autoren besonders Melchior darauf hin, daß sich hier gar nicht so selten Fremdkörper festsetzen. Seiner Ansicht schließt sich auch Levander an, der besonders auf die häufig vorkommenden lebensgefährlichen Komplikationen aufmerksam macht. Prädilektionsort für das Haftenbleiben ist nach genannten Autoren der angulus inferior, d. h. der recht- oder gar spitzwinkelige Übergang zwischen der vertikalen und der unteren horizontalen Duodenalportion.

Unter den Komplikationen steht hier an erster Stelle

die Perforation. Sie kommt am häufigsten im Bereiche des unteren horizontalen Schenkels vor. Der Fremdkörper kann dabei nach rechts in die Leber eindringen und Nekrosen des Parenchyms, umschriebene oder auch diffuse Peritonitis hervorrufen oder nach hinten die Aorta arrodieren und Ursache des akuten Verblutungstodes werden. Nicht selten kommt auch Schwellung des Pankreaskopfes als Ausdruck einer Pankreatitis vor. Daß verschluckte Gegenstände genau wie im Magen so auch im Duodenum phlegmonöse und andere entzündliche Prozesse hervorrufen können, ist selbstverständlich.

Der Besprechunng des im übrigen Dünndarm möglichen Schicksals durchwandernder Fremdkörper sei auch hier wieder vorausgeschickt, daß anatomische und physiologische Eigentümlichkeiten das Auftreten von Komplikationen begünstigen können. Abgesehen von einem nicht immer deutlich vorhandenen Meckelschen Divertikel ist die allmähliche Verengerung des Ileums nach dem Coecum hin und besonders noch die Bauhinsche Klappe von Bedeutung, während für die dieser Arbeit zu Grunde liegenden langen Fremdkörper ein Haften in der Appendix nur selten vorkommt. Von physiologischen Tatsachen interessieren uns die peristaltischen und die Pendelbewegungen, weil sie öfters ein Aufspießen der Darmwand durch die Fremdkörper ermöglichen. Auch im Dünndarm ist die Ansprechbarkeit durch geringe Reize und die evtl. folgende spastische Kontraktion neben organisch bedingten Erkrankungen von Wichtigkeit. Häufig vorkommende Perforationen bedingen peritonitische Reizungen akuter und chronischer Art. Doch ist es manchmal interessant zu sehen, welch glücklichen Ausgang Perforationen mit anschließend sich bildenden Adhäsionen nehmen können. So ist in der Literatur ein Fall beschrieben, bei dem sich nach Durchbruch durch die Magenwand Adhäsionen mit dem Colon bildeten, durch die der Fremdkörper unter Umgehung des ganzen Darmteiles zwischen Pylorus und Ileocoecalklappe direkt in den Querdarm übergewandert ist. Auch Kaiser hat eine Anastomose zwischen zwei Dünndarm-

schlingen nach Perforation eines Löffelstiels beschrieben. Sonst für den Darm wichtige Komplikationen sind ganzer oder teilweiser Verschluß des Lumens durch Abknickung oder Verziehung.

Hat das corpus alienum schließlich auch die Bauhinsche Klappe passiert, so kann man im allgemeinen mit der Möglichkeit unkomplizierter Durchwanderung des Dickdarms rechnen, wenn auch oft längeres Verweilen im Colon transversum beobachtet wird. Größere Komplikationen entstehen erst wieder im Sigma, das Fremdkörper ebenfalls länger beherbergen kann. Auf die letzte physiologische Enge stoßen wir noch im Rectum. Hier bleiben nicht selten lange Gegenstände haften. Es gibt drei Möglichkeiten, durch die sie festgehalten werden können:

1. können sie sich mit einer Seite in einer Falte, einem Sinus fangen;
2. können sie durch ihre scharfe Kante reizen und einen Krampf auslösen;
3. können sie sich in der Weite der Ampulle querstellen. Als Ausgang dieser Erscheinung sieht man dann Perforationen, Abszeß- und Fistelbildungen.

Die Fremdkörper selbst erleiden bei der Passage des Magens und Darmkanals mannigfältige Veränderungen. Sie erscheinen nach ihrer Entfernung verrostet und schwarzbraun verfärbt. Manche sind mit einer Schicht von Kalkphosphaten imprägniert. Auch ihre Form kann sich durch Verbiegungen und Arrosion ändern. Einfluß auf diese ganzen Veränderungen wird der Alkalescenz des Darminhaltes und der Muskelbewegung des Darmes zugeschrieben.

So vielgestaltig das Verhalten verschluckter Fremdkörper im Magen und Darmkanal sein kann, ebenso verschieden treten uns die durch sie hervorgerufenen Symptome entgegen. Die Magenaffektionen gehen als Ausdruck eines akuten oder chronischen Katarrhs mit Appetitmangel, Aufstoßen, Übelkeit, starker Abmagerung, mit Erbrechen und Schmerzen einher. Ist es zur Geschwürbildung gekommen,

so ist Bluterbrechen, aber viel häufiger Abgang von Blut mit dem Stuhl zu beobachten. Besonders können starke Schmerzen entstehen, wenn lange Gegenstände zu perforieren drohen oder wenn durch ihr Gewicht das Mesenterium gezerrt wird. Auch kommen Durchfälle als Zeichen von Reizerscheinungen vor. Als Seltenheit wurden schon einmal epileptiforme Anfälle bei Aufenthalt von Fremdkörpern im Magen beobachtet, die nach Beseitigung dieses auslösenden Momentes sofort schwanden.

Bei den fast nur allgemeinen Symptomen, die durch den Aufenthalt von Gegenständen im Magen und Darm hervorgerufen werden, ist es verständlich, daß man immer schon bemüht war, Krankheitsäußerungen herauszufinden, die auf eine bestimmte Lokalisation hinweisen könnten. Obwohl hierüber die Akten noch nicht geschlossen sind, kann man wohl die Symptome von Seiten des Duodenums als festgelegt ansehen. Levander und Melchior beschreiben sie als umschriebenen Druckschmerz rechts vom Nabel, jedoch etwas höher gelegen, der nach oben in die rechte Schulter ausstrahlt. Charakteristischer Weise verstärken sich die Schmerzen beim Vorwärtsbeugen, während sie bei Rückenlage verschwinden. Häufig findet sich noch Bauchdeckenspannung rechts vom Nabel. Symptome, die eine bestimmte Lokalisation im übrigen Darm beweisen, gibt es nicht. Immer sind sie nur allgemeiner Art, wie diffuse oder lokale Schmerzen, Übelkeit und bisweilen Durchfälle und blutige Stühle. Hierhin gehören auch die Krankheitszeichen, wie sie sich bei akuter und chronischer Perforation finden. Ebenso kommen die entsprechenden Symptome bei durch Fremdkörper bedingtem Ileus vor, sei es, daß er akut oder chronisch, komplett oder inkomplett auftritt. Beim Haften in der Ileocoecalgegend kann eine Appendicitis vorgetäuscht werden. Die durch Fremdkörper an der letzten physiologischen Enge, am Mastdarm hervorgerufenen Veränderungen führen zu Abgang von Schleim oder, bei evtl. eingetretener Infektion mit Colibakterien, von Eiter. Auch können bei stärkerer Reizung Blutungen entstehen. Gegenstände mit scharfer Oberfläche machen er-

hebliche Schmerzen und Tenesmen. Endlich sei noch das Klaffen des Afters als mögliches Symptom erwähnt.

Es ist nach den vorangegangenen Erörterungen selbstverständlich, daß die Diagnose „Fremdkörper im Magen oder Darm" ohne Hilfsmittel sehr erschwert, wenn nicht unmöglich sein kann. Dafür zeugt u. a. ein von Weisbart veröffentlichter Fall von akutem Beginn, bei dem nach Erbrechen wesentliche Erleichterung eintrat. Da bei diesem Patienten die Anamnese versagte, wurde die Diagnose „eingeklemmter Gallenstein" gestellt, in Wirklichkeit aber ein verschluckter Fremdkörper bei der Operation zutage gefördert. In ähnlicher Lage befand man sich in unserer Klinik bei der Wiederaufnahme von Fall 1), der auch in der Anamnese von nochmaligem Verschlucken nichts wissen wollte. Im allgemeinen stößt man aber gerade bei Strafgefangenen selten auf anamnestische Schwierigkeiten, da sie selbst ihre Tat gestehen oder vom Wartepersonal beobachtet sind. Wesentlich erleichtert ist die Diagnose bei schon bestehender Fistelbildung.

Nach Aufnahme der Anamnese kann zur genaueren Bestimmung zunächst das Ergebnis der Palpation herangezogen werden. Es befriedigt halbwegs nur bei Schmerzen umschriebener Art, während oft vorkommende diffuse Schmerzhaftigkeit und Muskelspannung für eine exakte Diagnosestellung nicht ausreichen.

Ein Hilfsmittel zur Eruierung eiserner Gegenstände im Magen kann folgende chemische Reaktion werden! Dem durch Sonde gewonnenen Magensaft wird etwas Salzsäure zugesetzt. Nach Auswaschen unter Zugabe von Ferrocyankalium tritt bei Vorhandensein eisenhaltiger Fremdkörper Blaufärbung auf (Berliner Blaureaktion). Das souveräne Mittel zur genaueren Lokalisation schattengebender Gegenstände ist aber zweifellos das Röntgenbild. Die Erfordernisse des Weltkrieges haben gerade auch diesen Zweig der Röntgenologie besonders gefördert, da eine genaue Bestimmung von Fremdkörpern (Geschosse usw.) zur Hauptaufgabe des Röntgenologen wurde. Die vielen Verfahren, die zu genanntem Zwecke angegeben wurden, sind

z. T. so umständlich, daß sie für die Allgemeinpraxis kaum in Frage kommen. Eine Idealmethode, die nach Weski die optisch-geometrische Lokalisation ohne umständliche Apparatur mit absolut präzisen und zahlenmäßigen Angaben über die Lage der Fremdkörper geben kann, existiert noch nicht. Wir begnügen uns daher mit den üblichen Verfahren der Durchleuchtung im geraden und schrägen Durchmesser und mit der einfachen Röntgenaufnahme. Eine einigermaßen genaue Feststellung des Sitzes im Magen und Darmkanal läßt sich dadurch erreichen, daß man kleine Kontrastbeimengungen gibt und deren Passage am Fremdkörper vorbei verfolgt. Man denke aber stets daran, daß durch das Gewicht der Gegenstände Darmschlingen, besonders aber auch der Magen, erheblich, bis in das kleine Becken, verlagert sein können. Fremdkörper, die wir auf dem Röntgenbilde an der rechten Außenseite des zweiten oder dritten, bisweilen auch des ersten oder vierten Lendenwirbels parallel zur Wirbelsäule liegen sehen, sind mit aller Wahrscheinlichkeit auf die pars descendes duodeni zu beziehen. In der pars horizontalis duodeni gelegene Gegenstände zeigen ihren Schatten horizontal vor dem dritten bis vierten Lendenwirbel. Falls sich Fremdkörper in der Ileocoecalgegend oder im Sigma festsetzen sollten, ist ihre Lagebestimmung mittels Röntgenstrahlen nicht so schwierig.

Die Therapie der verschluckten Fremdkörper bewegt sich auch heute noch nach zwei Richtungen. Entweder ist sie abwartend oder bei dringlichen Fällen eine operative. Die konservative Behandlung, die quasi aus der Volksmedizin übernommen ist, will durch kontrastreiche Mittel die Fremdkörper so einzuhüllen versuchen, daß sie, ohne Schädigungen zu machen, den Darm passieren können. Solche Mittel sind Erbsbrei, Reis, Trauben mit den Schalen und die sogen. Salzersche Kartoffelkur. Dieses vielumstrittene Verfahren, das immer nur für kleine Fremdkörper Anerkennung gefunden hat, wird heute auch für lange Gegenstände angewandt. Böttner empfiehlt Schlucken großer Mengen Bariumsulfatbrei unter Röntgenkontrolle

bis die Dinge gut eingehüllt sind: dann Gaben von Atropin oder Papaverin zur Lösung eventueller Darmspasmen und als Laxans Normakol (Kahlbaum) ein- bis zweistündlich ein bis zwei Teelöffel. Bei der Sphinkterpassage: Glycerinspritze und manuelle Hilfe. Diese Therapie versagt natürlich bei Adhäsionen und Strikturen des Darmes.

Manchmal ist es möglich, das Haftenbleiben von Fremdkörpern durch bestimmte Lagerung des Patienten zu verhindern. Ich denke hierbei an einen von Petersen veröffentlichten Fall, bei dem es durch Tieflagerung des Kopfendes des Bettes gelang, ein im Coecum nicht weiterkommendes Drahtstück zum spontanen Abgang zu bringen; ferner an die Möglichkeit erleichterter Passage des Pylorus bei Lagerung des Kranken auf die rechte Seite.

Trotz der vielen guten Resultate mit konservativer und auch ohne jede Therapie ist von vorneherein die Prognose der den Darmkanal durchwandernden Gegenstände zweifelhaft, weshalb man auch in unkomplizierten Fällen doch besser zum Messer greift. Hören wir doch, daß schon in vorantiseptischer Zeit solche Eingriffe mit Erfolg gemacht wurden. Über die Indikation zur operativen Entfernung von Fremdkörpern liest man heute, daß sie nur dann gegeben erscheine, wenn Zeichen peritonealer Reizung vorhanden sind, oder wenn ein Gegenstand an einer Stelle des Darmtraktus zu lange verweilt. Da die Gefahren einer Operation nur gering sind, sich aber mit dem Befunde einer auch nur örtlichen Peritonitis erheblich vergrößern, wurde an unserer Klinik diese Indikationsstellung sehr streng genommen. Sie wurde uns allerdings bei den Strafgefangenen wesentlich dadurch erleichtert, daß wir es mit sonst gesunden und jungen Patienten zu tun hatten, deren Allgemeinbefinden nicht berücksichtigt zu werden brauchte. Ferner betrug im Durchschnitt die Zeit zwischen dem Verschlucken der Fremdkörper und der Einlieferung im Krankenhaus bezw. Operation etwa 28 Tage. Sie war also hinreichend lang genug, um den spontanen Abgang per vias naturales abzuwarten. Wir schlossen im allgemeinen

an die röntgenologische Untersuchung sofort die Operation an.

Die Prognose der chirurgisch behandelten Fälle ist als recht gut zu bezeichnen. Wie aus beigefügter Zusammenstellung ersichtlich ist, erfolgte bei uns in 12 Fällen glatte Heilung per primam, während sechsmal (infolge Bildung eines Bauchdeckenabzesses oder Hämatoms) Heilung per secundam beobachtet wurde. Selbst bei Patienten, die zum zweiten, dritten oder gar vierten Male wegen verschluckter Fremdkörper operiert wurden, hatten wir keinen Verlust zu verzeichnen. In den beiden Fällen, die ad exitum kamen, waren die Komplikationen derart schwer, daß selbst eine operative Therapie keinen Erfolg mehr zeitigte.

Von durch Fremdkörper hervorgerufenen organischen Veränderungen sahen wir einmal (Fall 2) die Entstehung von Decubitalgeschwüren. Sonstige Komplikationen gehörten alle in das Gebiet der Perforation. So fanden wir zweimal Perforation des Duodenums, das eine Mal mit Nekrose eines angestochenen Leberteiles (Fall 1), ein anderes Mal in die freie Bauchhöhle mit anschließender tötlicher Peritonitis (Fall 10). Ein Fall von Perforation der Magenwand führte nur zu umschriebener Abzeßbildung. Ebenso sahen wir die Bildung eines Abzesses im kleinen Becken nach Durchstoßung einer Dünndarmschlinge (Fall 4). Als interessanteste Beobachtung wäre Fall 5 anzuführen, bei dem erst die Eigenart des sich entleerenden Empyems auf eine Perforation des Ösophagus hindeutete.

In der Literatur wird die Operation wegen verschluckter Fremdkörper dann zu den schweren Eingriffen gerechnet, wenn durch zahlreiche vorangegangene Operationen sich derart viele Verwachsungen zeigen, daß eine freie Bauchhöhle nicht mehr besteht. Unter diesen Umständen sollen als Komplikationen häufiger Ileus- und Fistelbildung als Peritonitis vorkommen. Soweit unsere Kasuistik darüber Aufschluß geben kann, ist aber auch dieser Faktor für die Indikations- und Prognosestellung nicht von großer Bedeutung, da bei den 5 in Frage kommenden Fällen immer glatte Heilung erfolgte.

Über Einzelheiten mögen die jetzt folgenden Krankengeschichten unterrichten, welche ich auszugsweise wiedergebe.

Fall 1.

G. J. Aufg. 4. 4. 23. — Entl. 30. 4. 23.

Vorgeschichte: Der 22jährige Patient machte vor 14 Tagen im Gefängnis einen Selbstmordversuch, angeblich aus Schwermut. Er verschluckte nach seiner Angabe ungefähr 60—70 Schuhnägel, 3 Stecknadeln und einen Löffelstiel aus Blech. Außerdem Emaillesplitter, die er von einem Spucknapf losgemacht hatte, eine Bettspirale, etwa 15 cm Draht aus dem Matratzengeflecht und Blechstücke von einem Spiegel. Mehrere Nägel sind schon mit blutigem Stuhl abgegangen. In den ersten Tagen klagte der Patient nur über Schluckschmerz und Beschwerden beim Stuhlgang. Später trat Bluterbrechen ein und Schmerzen im Magen, die zu beiden Seiten ausstrahlten. Der Stuhlgang wurde unregelmäßig.

Befund: An dem gutgenährten, kräftigen jungen Manne ist außer subikterischer Verfärbung der Skleren kein pathologischer Befund zu erheben. Das Abdomen ist dagegen sehr druckempfindlich, besonders in der Magengegend und in der Partie unter dem rechten Rippenbogen. Hier besteht auch starke Bauchdeckenspannung. Es besteht kein Erbrechen.

Röntgenaufnahme: gibt eine Anzahl großer und kleiner Fremdkörper rechts unter dem Rippenbogen wieder (wahrscheinlich Magen oder Quercolon).

Operation: beginnt mit Eröffnung des Leibes durch Längsschnitt. Im Magen sind keine Fremdkörper zu fühlen. An einer Stelle im Quercolon findet man die Spitze eines Nagels in der Darmwand. Die bei der Röntgendurchleuchtung sichtbaren Fremdkörper liegen dagegen im Dünndarm dicht hinter dem Pylorus. Ein Stück Draht hat die Duodenalwand durchstoßen und ragt nach außen in die Leberpfortengegend. Die Umgebung des durch den Draht verursachten Loches in der Darmwand ist reichlich mit

Galle durchtränkt. Der Draht wird durch die Perforationsöffnung herausgezogen. Nach Eröffnung des Magens an der Vorderseite kann man mit einer Kornzange nacheinander eine 10 cm lange Eisenspirale und 3 Aluminiumstücke einer Spiegeleinfassung extrahieren. Da weitere Fremdkörper nicht mehr zu fühlen sind, wird der Magen geschlossen, die Dünndarmwunde tamponiert und dann auch die Bauchhöhle zugenäht. Die Operation wird gut überstanden. Nach 3 Wochen kann Patient, da auch die Wunde bis auf den Ausführungsgang des Tampons gut verheilt ist, entlassen werden.

Wiederaufnahme am 15. 5 23. — Entl. 26. 7. 23.

Vorgeschichte: Patient hat vor 8 Tagen wieder 8 Stecknadeln, 30 Nägel, 3 Schreibfedern und ein 20 cm langes Drahtstück verschluckt. Seit 2 Tagen verspürt er starke Schmerzen im Leibe. Gestern abend war die Temperatur 39 Grad.

Röntgenbild: Man sieht von der linken Zwerchfellkuppe nach der Gegend des Nabels den strichförmigen Schatten eines Drahtes.

Befund: Der Leib ist nicht aufgetrieben. Der Rectus ist im oberen Drittel stark gespannt und jeder Druck in dieser Gegend äußerst schmerzhaft. Über dem ganzen Abdomen wird Druckschmerz angegeben. Temperaturen und Puls sind normal. Es bestehen keine Allgemeinsymptome peritonealer Reizung.

Operation: Nach Excision der alten Narbe entdeckt man ausgedehnte peritoneale Adhäsionen. Im Fundusteil des Magens fühlt man die Spitze des Drahtes. Beim Eingehen mit dem Finger entdeckt man im breiigen Mageninhalt einige Nadeln, deren Entfernung nicht gelingt. Nach Extraction des Drahtes wird die Bauchhöhle wieder geschlossen. Die Wunde heilt per primam. Da die Schmerzen aber nicht nachlassen, wird wieder durchleuchtet und es zeigt sich, daß links neben dem Nabel in horizontaler Lage einige strichförmige, etwa 10 cm lange Fremdkörper knäuelförmig zusammenliegen. Da noch Brechreiz hinzukommt

und ständig nach dem Essen Schmerzen bestehen. wird 9 Tage später erneut operiert. Trotz sorgfältigen Abtastens des Magens und Darmes ist auch dieses Mal kein Fremdkörper zu finden. Die Wunde heilt wiederum per primam. 4 Wochen nach der letzten Operation bestehen bei der Entlassung noch Schmerzen in der Narbe: wahrscheinlich Verwachsungsschmerzen.

Wiederaufnahme am 3. 7. 24. — Entl. 19. 7. 24.

Vorgeschichte: Patient kommt wieder mit starken Schmerzen in der linken Oberbauchgegend unter dem Rippenbogen. Er kann kaum gehen. Von Verschlucken eines Gegenstandes will er nichts wissen.

Befund: Es besteht im linken Epigastrium Druckschmerz bei tiefem Eindrücken. Sonst ist palpatorisch nichts festzustellen.

Röntgenbild: Man sieht in der Gegend des oberen Magenpoles unter der linken Zwerchfellkuppe einen etwa 10 bis 12 cm langen intensiven Schatten. Es handelt sich sicher um einen Draht oder langen Nagel.

Operation: Man entdeckt von neuem ausgedehnte Verwachsungen zwischen Netz und Peritoneum. In dem schwer vorziehbaren Magen fühlt man einen länglichen Fremdkörper. der extrahiert wird. Die Bauchhöhle wird wieder geschlossen. Auch diesmal erfolgt unkomplizierter Heilverlauf. so daß Patient 14 Tage später entlassen werden kann.

Fall 2.

S. B. Aufn. 25. 5. 28. — Entl. 10. 7. 28.

Vorgeschichte: Der wegen Betrugs im Rückfalle bestrafte 31jährige Mann hat schon früher versucht. sich die Pulsader durchzuschneiden. Vor 4 Monaten schluckte er dann 4 Spiralfedern. 20 Betthaken und 2 Löffelstiele. Seitdem hat er dauernd Leibschmerzen.

Befund: Es handelt sich um einen mageren blassen Mann mit eingesunkenem Abdomen. Druck in der Magengegend ist schmerzhaft. Man fühlt hier einige feste Gegenstände.

Röntgenaufnahme: zeigt, daß alle Fremdkörper sich im Magen befinden.

Operation: erfolgt 10 Tage nach der Aufnahme. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man keine Verwachsungen des Magens, wohl sind die zugehörigen Lymphknoten stark geschwollen. Nach Eröffnung des prall gefüllten Magens mit dem Brenner werden die Fremdkörper entfernt. Die Innenseite des Magens ist diffus mit Geschwüren bedeckt. Ohne daß sonstige Eingriffe gemacht werden, werden Magen und Bauchhöhle geschlossen. Der Eingriff wird gut überstanden, und die Wunde heilt glatt aus. Später äußert Patient Schmerzen in der Magengrube und Stechen nur nach dem Essen und beim Aufrichten. Die Darmpassage vor dem Röntgenschirm zeigt keine Abweichungen, so daß Verdacht auf Adhäsionsbeschwerden besteht. Sie werden mit Diathermie behandelt.

Fall 3.

E. L. Aufn. 25. 5. 28. — Entl. 25. 6. 28.

Vorgeschichte: Der 28jährige Strafgefangene machte vor kurzem im Gefängnis einen Selbstmordversuch durch Schnitt in beide Ellenbeugen. Jetzt klagt er seit 8 Wochen über Schmerzen besonders in der rechten Bauchgegend. Nach ärztlichem Bericht hat er 4 Löffelstiele, ein Stück Glas und ein Stück Draht verschluckt. Diese Angabe begründet sich auf eine vor 4 Wochen in Düsseldorf stattgehabte Durchleuchtung.

Befund: Der blaß aussehende Patient befindet sich in schlechtem Ernährungszustande. Der Leib ist überall weich und nicht gespannt. Auch ist keine Resistenz zu fühlen. In der Mittellinie außerhalb des Nabels ist leichter Druck und auch Lüftungsschmerz festzustellen. Rectaler Tastbefund ist ohne Besonderheit.

Röntgenbild: zeigt, dicht nebeneinanderliegend, 2 Löffelstiele und einen großen Nagel, dazu quer gestellt noch einen kleinen Nagel im Magen oder im Colon transversum.

Operation: beginnt mit der Exstirpation einer medialen

Narbe. Man stößt nach Eröffnung des Peritoneums auf starke Verwachsungen von Colon, Magen und Dünndarm mit der vorderen Bauchwand und untereinander. Erst nachdem der ganze Dünndarm vorgewälzt ist, findet sich etwa im mittleren Teil ein Löffelstiel, der typisch entfernt wird. Nach sorgfältiger Untersuchung des übrigen Darmtraktus wird die Bauchhöhle wieder durch Naht geschlossen.

Verlauf: Der Eingriff wird befriedigend überstanden. Es bestehen in den nächsten Tagen nur Schmerzen peristaltischer Art, die nach Abgang von Winden behoben sind. Da 20 Tage nach der Operation das Allgemeinbefinden wieder gut ist, wird Patient entlassen.

Fall 4.

V. G. Aufn. 27. 5. 28. — Entl. 19. 6. 28.

Vorgeschichte: Der wegen Einbruchs im Rückfall verurteilte 25jährige Mann verschluckte vor 2 Monaten — nachdem er vorher versucht hatte, sich die Pulsader durchzuschneiden — im Gefängnis eine größere Menge Fremdkörper (mehrere Drahtspiralen und eine Messerklinge). Zwei Drahtspiralen und die Messerklinge sind bereits spontan abgegangen. Seit einiger Zeit klagt Patient über krampfhafte Schmerzen namentlich unter dem Nabel, die periodenweise auftreten.

Befund: An dem schmächtigen jungen Mann ist an den inneren Organen kein krankhafter Befund festzustellen. Dicht unter dem Nabel besteht heftiger Druckschmerz, der bei tieferem Eindrücken ausgesprochener wird. Die rectale Untersuchung ergibt Vorwölbung und Härte des Douglas'schen Raumes. Man fühlt deutlich das Reiben der Fremdkörper.

Röntgenbild: zeigt dicht über der Symphyse zwei Bettspiralen und einen hakenförmigen Gegenstand.

Operation: Nach Freilegung der Bauchhöhle tritt aus der Gegend des Douglas'schen Raumes etwas Exsudat aus. Im kleinen Becken ist die unterste Dünndarmschlinge mit der

Hinterwand vollkommen fest fixiert. Die beiden von der Fixationsstelle nach oben aufsteigenden Schenkel enthalten je einen eisernen Gegenstand (Spirale). Da sich beide Spiralen aber an der Umbiegungsstelle verhakt haben und selbst bei weiterer Eröffnung des Darmes die Extraktion nicht gelingt, wird die fixierte Darmschlinge stumpf gelöst und dabei ein Abszeß eröffnet. In diese Abszeßhöhle hinein ragt ein die Darmwand perforierender Haken. Es muß zur Entfernung der Fremdkörper ein Stück Dünndarm reseziert werden. Die Abszeßhöhle wird drainiert und so weit möglich die Wunde geschlossen. Die Wunde heilt per secundam. Nach 19 Tagen wird Patient entlassen.

Wiederaufn. a. 26. 6. 28. — Entl. 26. 7. 28.

Vorgeschichte: Schon 2 Tage nach seiner Rückverlegung ins Gefängnislazarett hat Patient wiederum eine Gabel und zwei Löffelstiele geschluckt.

Befund: Er fühlt sich außer zeitweisen Krampfanfällen im Leib ziemlich wohl. Es bestehen bisher keinerlei Beschwerden beim Essen oder Trinken.

Röntgenbild: zeigt in den untersten Darmabschnitten die Schatten mehrerer Löffelstiele.

Operation: Nach Abtastung der Bauchhöhle fühlt man die Fremdkörper in der Ileocoecalgegend in einer Schlinge des Dünndarms liegen. Überall finden sich Verwachsungen mit dem parietalen Peritonealblatt. Nach deren Lösung können durch eine kleine Öffnung die Gegenstände entfernt werden. Die Wunde wird drainiert und so weit wie möglich geschlossen. Die Wunde heilt per secundam (nach Bildung eines kleinen Narbenabszesses); 14 Tage nach der Operation kann Patient wieder in das Gefängnislazarett überführt werden.

Fall 5.

J. St. Aufn. 4. 7. 28. — Exitus. 16. 7. 28.

Vorgeschichte: Der 23jährige junge Mann verschluckte vor 6 Wochen im Gefängnis mehrere Bettfedern und Löffelstiele. Er klagt daher in letzter Zeit über Schmerzen unter

dem Nabel und wird zur Operation eingewiesen.

Befund: Der sonst kräftige junge Mann empfindet oberhalb und rechts unterhalb des Nabels nur leichten Druckschmerz. Der Leib ist überall weich.

Röntgenaufnahme: zeigt ein Konglomerat von Fremdkörpern in Höhe des IV. Lendenwirbelkörpers.

Operation: Nach Eröffnung der Bauchhöhle findet man das Netz an der vorderen Bauchwand bereits abhärent. Nach seiner Unterbindung und Abtragung tastet man im Magen einen kleinen hakenförmigen Fremdkörper hoch oben unter dem Zwerchfell. Erst beim Eingehen mit der ganzen Hand läßt sich unter der linken Zwerchfellkuppe mit dem durch den Hiatus vorgeschobenen Finger das untere Ende des Fremdkörpers unmittelbar benachbart dem deutlich fühlbaren Herzen abtasten. Es werden durch eine künstliche Öffnung aus dem Magen eine Bettspirale, ein Löffel und zwei Haken entfernt.

Verlauf: Am Tage nach der Operation bildet sich unter Fieberanstieg ein Pleuraempyem. Bei der Rippenresektion entleert man dünnflüssigen, graugelben stinkenden Eiter. Als am nächsten Tage der Verband gewechselt wird, fließt jauchiges, wässriges Exsudat ab. Die Lebergegend wird allmählich druckschmerzhaft. Beim nächsten Verbandswechsel bemerkt man, daß sich aus der Empyemhöhle einwandfrei schwarzgefärbter, säuerlich riechender Mageninhalt entleert. Der gestern genommene Zwieback findet sich heute im Verband. Methylenblau, per os gegeben, fließt durch die Thoraxfistel ab. Es besteht also eine Kommunikation zwischen Ösephagus und Thoraxfistel. Die Pleurahöhle wird mit physiologischer Kochsalzlösung gespült. Obwohl die Temperatur abfällt, steigt die Pulsfrequenz auf 120. Patient verfällt zusehends. Der Leib bleibt dabei weich. Nachdem aber auch allmählich eitrige Sekretion der Laparotomienarbe einsetzt, verfällt Patient stündlich mehr, bis am 9. Tage nach der Operation der Exitus letalis eintritt. Die Obduktion ergab als Todesursache Pleuro-Peritonitis.

Fall 6.

A. B. Aufn. 23. 7. 28. — Entl. 31. 7. 28.

Vorgeschichte: Patient verschluckte vor 3 Wochen im Gefängnis einen Löffelstiel und wird deshalb zur Behandlung eingeliefert. Der gut ernährte Patient macht keinen kranken Eindruck.

Befund: Nur die Gegend zwischen Nabel und Schwertfortsatz ist druckempfindlich.

Röntgenbild: ergibt die Schatten eines Löffelstiels, wahrscheinlich im Magen.

Operation: Der Fremdkörper wird in typischer Weise aus dem Magen entfernt. Der Eingriff wird gut überstanden und Patient am 7. Tage nach der Operation entlassen.

Wiederaufnahme am 17. 9. 28. — Entl. 28. 11. 28.

Vorgeschichte: Patient wird wiederum eingeliefert, weil er einen Löffelstiel verschluckt hat.

Röntgenbild: zeigt ihn vor dem zweiten und dritten Lendenwirbel liegend.

Operation: Nach Excision der alten Narbe werden einige Verwachsungen zwischen Netz und vorderer Bauchwand gelöst. Der Magen ist stark gebläht. Dicht unter dem Zwerchfell tastet man den Löffelstiel, der von einer kleinen Öffnung aus entfernt wird. Mehrere Tage nach der Operation stellt sich Erbrechen galliger Flüssigkeit ein, das nach der Magenspülung sofort aufhört. Das Befinden bessert sich wesentlich. Die Wunde heilt per secundam (nach Bildung eines Hämatoms). 19 Tage nach der Operation kann Patient ins Gefängnislazarett zurückverlegt werden.

Fall 7.

F. W. Aufn. 17. 9. 28. — Entl. 25. 9. 28.

Vorgeschichte: Der 25jährige junge Mann wird wegen Verschluckens von Fremdkörpern eingewiesen. Einige sollen schon auf natürlichem Wege abgegangen sein.

Befund: Bei dem schmächtigen, sonst gesunden Patienten ist palpatorisch nichts festzustellen.

Röntgenbild: zeigt im Magen zwei Fremdkörper, einen Löffelstiel und ein Stück Draht.

Operation: Es ist wegen starker Verwachsungen schwer, an den Magen heranzukommen. Die Fremdkörper, die den Magen bereits passiert haben, werden in einer oberen Dünndarmschlinge gefangen, wo der Draht sich schon durchgespießt hat. Nach ihrer Entfernung wird die Wunde geschlossen. Die Heilung erfolgt per secundam, nachdem sich ein größerer Bauchdeckenabszeß gebildet hatte. Nach 12tägigem Krankenlager kann Patient aber ins Gefängnislazarett zurückverlegt werden.

Wiederaufnahme 20. 10. 28. — Entl. 16. 1. 29.

Vorgeschichte: Vor zwei Tagen hat Patient wieder eine Reihe Fremdkörper, darunter ein Tafelmesser in zwei Teilen, ein Stück Draht und den Henkel eines Marmeladeneimers geschluckt.

Befund: Die zwischen Nabel und Schwertfortsatz gelegene Narbe der vorherigen Operation zeigt noch frische Granulationen. Palpatorisch ist am Abdomen nichts festzustellen. Röntgenbild: Im Oberbauch sieht man eine Menge Fremdkörper, anscheinend 3 Löffelstiele, 2 Messerstücke und 4 andere nicht definierbare Körper. Die Operation muß wegen des Zustandes der Bauchwand verschoben werden. Nach mehrwöchentlicher interkurrierender Behandlung durch den Kassenarzt kommt Patient wieder in die Klinik, um sich operieren zu lassen.

Röntgenbild: zeigt ein Messer und ein Drahtstück im Magen. Am nächsten Tage steigt plötzlich die Temperatur auf über 39 Grad. Pulsfrequenz 110. Das Allgemeinbefinden ist deutlich verschlechtert. Die sofort angeschlossene

Operation: zeigt nach Eröffnung der Bauchhöhle einen mit Fibrin belegten Tumor, der im wesentlichen aus Netz und Colon besteht. Nach seiner Abdrängung findet sich hinter ihm ein zum größten Teil in der freien Bauchhöhle liegendes Drahtstück, das sich leicht entfernen läßt. Das in der Tiefe des Magens gelegene Messer wird entfernt. Wegen der starken Verwachsungen ist eine weitere Revision nicht

möglich. Die Wunde wird tamponiert und die Bauchdecke so weit wie möglich geschlossen. Nach gut überstandenem Eingriff und Reinigung der Wunde entfernt sich Patient 14 Tage nach der Operation heimlich aus dem Krankenhause.

Fall 8.

G. P. Aufn. 25. 9. 28. — Entl. 20. 10. 28.

Vorgeschichte: Der 23jährige junge Mann wird in die Klinik eingeliefert, weil er vor 8 Tagen eine Messerklinge und einen Löffelstiel verschluckt hat.

Befund: Der sonst gesunde Mann zeigt einen etwas reduzierten Ernährungszustand. Der Leib ist weich und überall eindrückbar. Man glaubt, an einer druckempfindlichen Stelle rechts von der Mittellinie einen harten Gegenstand zu fühlen.

Röntgenaufnahme: zeigt einen querliegenden Fremdkörper in Höhe der großen Magenkurvatur, sowie einen senkrechten in gleicher Höhe etwas rechts von der Mittellinie (wahrscheinlich Duodenum).

Operation: Nach Abtastung der Magenwand wird diese mit dem Brenner eröffnet und die Messerklinge hervorgezogen. Im absteigenden Duodenalschenkel fühlt man den anderen Fremdkörper. Er hat die Wand durchbrochen, so daß sich etwas Darminhalt entleert. Seine Spitze verursachte eine umschriebene Nekrose am Leberparenchym. Nach seiner Entfernung wird die Bauchhöhle geschlossen. Es zeigt sich glatter Wundverlauf. Nach Rückkehr ins Gefängnislazarett schluckt Patient wieder einen Haken und zwei Bettspiralen. Es gelingt ihm. nach der Wiederaufnahme ins Krankenhaus zu entfliehen.

Fall 9.

H. Sp. Aufn. 25. 10. 28. — Entl. 15. 11. 28.

Vorgeschichte: Der 33jährige Mann verschluckte vor 3 Wochen im Gefängnis mehrere Gegenstände.

Befund: Es handelt sich um einen schmächtigen Patienten,

der aber keinen krankhaften Befund der inneren Organe zeigt. Das Abdomen ist weich, zeigt alte Narben und ist in der Unterbauchgegend etwas schmerzhaft.

Röntgenbild: ergibt an der Grenze von Dünn- und Dickdarm zwei Fremdkörper.

Operation: Man tastet nach Eröffnung der Bauchhöhle die Fremdkörper gerade vor dem Eingange des Cöcums. Nach ihrer Entfernung wird die Bauchhöhle geschlossen. Die Operation wird gut überstanden. Der Patient kann nach 3 Wochen in gebessertem Allgemeinbefinden entlassen werden.

Wiederaufnahme 19. 4. 29. — Entl. 10. 5. 29.

Befund: Die von neuem geschluckten Fremdkörper machen sofort keine Beschwerden. Erst nach 3 Tagen treten starke Magenschmerzen und Durchfälle auf.

Röntgenbild: Ein Löffelstiel liegt quer im Magen. Erst nach gebessertem Allgemeinbefinden wird die

Operation: angeschlossen. Nach Lösung der Verwachsungen kann man den Fremdkörper aus dem absteigenden Teil des Colons entfernen. Die Operation wird wiederum gut überstanden. 8 Tage nach der Operation wird Patient in das Gefängnislazarett zurückverlegt.

Wiederaufn. 4. 6. 29. — Entl. 24. 7. 29.

Befund: Nach nochmaligem Verschlucken von Fremdkörpern wird, da palpatorisch nichts nachzuweisen ist, das Röntgenbild: herangezogen. Es zeigt, daß die Fremdkörper im Colon ascendens längere Zeit verweilen. Darum wird nochmals die

Operation: angeschlossen, und die Gegenstände in typischer Weise entfernt. Nach reaktionslosem Wundverlauf wird der Patient 22 Tage nach der Operation ins Gefängnislazarett zurückverlegt.

Wiederaufnahme 29. 7. 29. — Entl. 3. 9. 29.

Befund: Nachdem Patient zum vierten Male einen Löffelstiel geschluckt hatte, klagt er jetzt über Schmerzen im rechten Oberbauch und in der Nabelgegend.

Operation: Es zeigt sich, daß der Löffelstiel sich bereits wieder in den untersten Dünndarmschlingen befindet. Er wird in typischer Weise entfernt und die Bauchhöhle wieder geschlossen. Ein sich bildender subcutaner Bauchdeckenabszeß verlängert das Krankenlager. Nach Wundheilung per secundam wird Patient 4 Wochen nach der Operation entlassen.

Fall 10.

W. P. Aufn. 23. 12. 28. — Exitus 5. 1. 29.

Vorgeschichte: Patient hat angeblich vor 6 Wochen im Gefängnis einen Löffelstiel und eine Gabel verschluckt. Seitdem klagt er über Magenschmerzen, Erbrechen, Aufstoßen und Appetitlosigkeit. Er hat viel an Gewicht verloren.

Befund? Der Leib ist in der Magengegend und am rechten Rippenbogen sehr druckschmerzhaft. In der Gegend des Duodenums ist eine quergestellte Resistenz zu fühlen.

Röntgenbild: Sofortige Durchleuchtung zeigt den Schatten des Löffelstiels im Duodenum.

Operation: wird sofort angeschlossen. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich, daß das abgebrochene Ende des Löffelstiels das Duodenum dicht hinter dem Pylorus perforiert hat. Die Umgebung ist entzündlich verklebt und verwachsen. Der Fremdkörper wird entfernt und die Bauchhöhle geschlossen.

Verlauf: Patient ist nach der Operation sehr unruhig. Er erbricht dauernd große Mengen grüner Flüssigkeit. Auch springt er aus dem Bett und trinkt große Mengen Wasser. Durch starkes Pressen reißt die Naht der Operationswunde. Es zeigt sich vollständige Vereiterung der Bauchdecken. Auch aus der Bauchhöhle tritt eitrige Flüssigkeit. Die Bauchhöhle wird durch einige Situationsnähte zugezogen. Nach einigen Tagen bemerkt man, daß Patient zusehends verfällt. In elendem Zustande stirbt er am 8. Tage nach der Operation.

Fall 11.

K. H. Aufn. 9. 2. 29. — Entl. 26. 2. 29.

Vorgeschichte: Der 33jährige Mann verschluckte vor 3 Monaten verschiedene Fremdkörper.

Befund: Der Bauch ist weich, nicht aufgetrieben, nur links neben dem Nabel etwas druckempfindlich.

Röntgenbild: Eine Spiralfeder und ein Löffelstiel befinden sich im Magen.

Operation: Bei Abtastung des Magens entdeckt man 2 Holzstücke, die in üblicher Weise entfernt werden. Erst nach längerem Suchen entdeckt man den Löffelstiel im Colon transversum. Er wird entfernt, und die Wunde durch Naht geschlossen. Die verschluckte Spiralfeder wird nicht mehr aufgefunden.

Verlauf: Heilung erfolgt ohne Komplikation ,und Patient kann 10 Tage nach der Operation entlassen werden.

Fall 12.

J. G. Aufn. 9. 2. 29. — Entl. 12. 2. 29.

Vorgeschichte: Der 27jährige Mann schluckte vor 8 Tagen mehrere Fremdkörper im Gefängnis.

Befund: Patient zeigt keine krankhaften Veränderungen seiner inneren Organe. Das Abdomen ist weich und nirgend schmerzhaft. Puls und Temperatur sind normal.

Röntgenbild: zeigt die Schatten mehrerer im Dünn- und Dickdarm liegender etwa 3 cm langer Drahtstücke. Ein etwa 10 cm langes liegt im Sigmoid. Nach 3 Tagen konservativer Behandlung geht ein Stück spontan ab. Die anderen werden in typischer Weise operativ entfernt. Aus äußeren Gründen muß der Patient ins Gefängnislazarett zurückverlegt werden.

Fall 13.

H. A. Aufn. 10. 5. 29. — Entl. 27. 5. 29.

Vorgeschichte: Patient wird heute wieder eingewiesen, nachdem er vor 14 Tagen die Operation verweigert hatte.

Es sind jetzt heftige Schmerzen eingetreten, so daß er eine Operation verlangt.

Befund: Am Leib befindet sich ober- und unterhalb des Nabels, wie auch in der Blinddarmgegend je eine reizlose Operationsnarbe.

Röntgenbild: Der Fremdkörper befindet sich mutmaßlich im oberen Teil des Sigmoids.

Operation: Nach Eröffnung der Bauchhöhle entdeckt man im oberen Abschnitt des Sigmoids ein in Haarnadelform geknicktes Drahtstück. Nach seiner Entfernung wird der Darm vernäht und die Bauchhöhle geschlossen. Nach reaktionslosem Wundverlauf kann Patient 8 Tage nach der Operation entlassen werden.

Fall 14.

G. E. Aufn. 8. 10. 29. — Entl. 26. 10. 29.

Vorgeschichte: Der 34jährige Betrüger wird aus dem Gefängnis eingeliefert, weil er angeblich vor 5 Tagen einen Löffel verschluckt hat.

Befund: Es handelt sich um einen kräftigen jungen Mann, der keine objektiven Krankheitssymptome zeigt.

Röntgenbild: zeigt einen Löffelstiel in der rechten Bauchhälfte, schräg von außen oben medianwärts gerichtet. Außerdem eine offene Sicherheitsnadel links in Höhe des Darmbeinkammes.

Operation: Am 10. Tage nach dem Verschlucken findet sich der Löffelstiel bei der Operation im absteigenden Duodenalast eingeklemmt. Er wird durch einen kleinen Schnitt an der Vorderwand extrahiert. Die Packnadel ist nicht mehr zu finden (wahrscheinlich auf natürlichem Wege abgegangen). Die Bauchhöhle wird durch Naht geschlossen. Die Wunde heilt per primam. Der Puls ist gut und die Darmtätigkeit geregelt. 14 Tage nach der Operation verläßt Patient ohne Wissen des Arztes die Station.

Fall 15.

Sch. H. Aufn. 8. 10. 29. — Entl. 30. 10. 29.

Befund: Es handelt sich um einen 37jährigen Patienten, der

im Gefängnis vor 3 Wochen ein Stück und vor ungefähr 14 Tagen 3 Stücke Draht geschluckt hat. Er klagt nicht besonders über Schmerzen, sondern verspürt nur etwas Druck in der Magengegend. Der sonst weiche Leib ist in der Oberbauchgegend bei tiefem Eindrücken etwas schmerzhaft.

Röntgenbild: Es finden sich 3 Drahtstücke im Magen und im Dünndarm.

Operation: 4 Wochen nach dem ersten Verschlucken wird operiert. Bei Abtastung des Magens entdeckt man in seinem pylorischen Teil 3 Drahtstücke. Sie werden entfernt und zugleich ein viertes Stück aus einem tieferen Dünndarmabschnitte extrahiert. Die Bauchwand wird geschlossen. Nach gutem Wundverlauf bestehen weder Verdauungsbeschwerden noch Schmerzen. Patient kann nach dreiwöchentlichem Krankenlager beschwerdefrei entlassen werden.

Zusammenstellu

Fall	Alter	Allgemeinzustand	Spont. Abgang	Röntg. Lokal sation
1. Ia	22	gut	—	Magen od Querdarm
* IIa		„	„	Linke Zwerc fellkuppe
IIIa	22	„	„	Linke Zwerc fellkuppe
2.	31	schwächl. doch gesund	„	Magen
3.	28	schlecht	„	Magen od. Querdarm
4. Ia	25	reduziert doch gesund	„	Dicht üb. d Symphyse
IIa		„	„	?
5.	23	gut	„	Querdarm
6. Ia	30	„	„	Magen
IIa		„	„	„
7. Ia	25	etwas reduziert	„	Dünndarm
IIa		„	mehrere Draht-stücke	Magen
8.	23	reduziert	—	große Mage kurvatur
9. Ia	33	reduziert doch gesund	„	Dünn- ode Dickdarm
IIa		„	„	Magen
IIIa		„	„	„
IVa		„	„	Dünndarm
10.	31	gut	„	Duodenum
11.	33	„	eine Spiralfeder	Magen od. Duodenum
12.	27	„	—	?
13.	31	etwas reduziert	„	Sigmoid
14.	34	sehr gut	eine Packnadel	Duodenum
15.	27	gut	—	Dünndarm

*) bedeutet Wiederaufnahme

behandelten Fälle.

eit zw. Verschl. u. Operation	Fundort bei der Operation	Perforation	Heilung
14 Tage	Dünndarm	+	p. secundam
8 „	Magenfundus	—	p. primam
?	Magen	—	„
18 Wochen	„	—	„
über 6 Wochen	„	—	„
2 Monate	untere Dünndarm	+	p. s.
2 Tage	Dünndarm	—	„
6 Wochen	Magen	+	Exitus
3 „	„	—	p. p.
2 Monate	„	—	p. s.
3 Tage	ob. Dünndarm	—	„
16 „	Colon u. Magen	+	„
8 „	Magen u. Duoden.	+	„
3 Wochen	Cöcum	—	p. p.
3 „	Querdarm	—	„
?	„	—	„
?	Dünndarm	—	p. s.
6 Wochen	Duodenum	+	Exitus
3 Monate	Magen u. Querdarm	—	p. p.
8 Tage	?	—	?
14 „	Sigmoid	—	p. p.
3 „	Duodenum	—	„
?	ob. Dünndarm	—	„

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Priv.-Doz. Dr. Drügg für die Ueberlassung des Themas und Herrn Geheimrat Tilmann für die Übernahme des Korreferates meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Bötticher

   Die Behandlung der Fremdkörper des Magens u. Darmes. Diss. Berlin 1918.

2. Böttner

   Zur Frage der Therapie nach Verschlucken größerer scharfkantiger Fremdkörper. Kl. Wochenschr. Jj. 7. Nr. 27. S. 1278.

3. Carp

   Fremdkörper im Darm. (engl.) Nach Zentralorgan 39 S. 508.

4. Exner

   Pflügers Archiv Bd. 89. Heft 5 und 6.

5. Fischer

   Beitrag zur Prognose bei verschluckten Fremdkörpern mit ungünstiger Oberfläche. M. med. Wochenschr. 1907. S. 2642.

6. Fricker

   Ein seltener Fall von Fremdkörpern im Magen. Deutsche med. W.-Schrift 1897. Nr. 4. S. 56.

7. Förster

   Ein Fall von jahrelang im Darm verweilenden Fremdkörpern. Münch. Med. W.-Schrift 1919, Nr. 23, S. 621.

8. Garré, Küttner, Lexer

   Handbuch der prak. Chirurgie Bd. 3, 1929.

9. Goldschmidt

Zur Frage der Fremdkörper im Duodenum. Wiener kl. W.-Schrift 1922, S. 672.

10. Hammer

Einkeilung verschluckter Fremdkörper im Duodenum. Münch. Med. 1917. S. 1327.

11. Heyl

Über röntgenologische Lokalisation von Fremdkörpern. Diss. Berlin 1926.

12. Kaiser

Spontane Enteroanastornose durch Fremdkörper. Münch. Med. W.-Schrift 1920.

13. Körte

Beitrag zur Lehre vom Ileus, Berliner Klinik H. 36.

14. Levander

Fremdkörper im Duodenum, (engl.) Centralorgan Nr. 40 S. 288.

15. Melchior

Chirurgie des Duodenums, Neue deutsche Chirurgie Bd. 25.

16. Melchior

Zur Kenntnis der Fremdk. des Duodenums. S. 473. Dt. Ztschr. f. Chirurgie 127, 1917.

17. Neugebauer

Die physiologischen Engen des Verdauungstraktus, Diss. Leipz. 1914.

18. Nußbaum

Verletzungen des Leibes, D. Chirurgie Bd. 44.

19. Oehlecker

Perforierende Fremdkörper des Duodenums. Arch. f. kl. Chirurgie Bd. 128.

20. Petersen

Einige Fälle von Fremdkörpern im Duodenumskanal (dänisch) nach Centr. Org. Bd. 39. S. 46.

21. Sprengel

Appendicitis in Deutsche Chirurgie Bd. 46 b.

22. Weisbart

Zur Kasnistik der Fremdkörper im Magen-Darmkanal. Münch. med. W.-Schrift 1906. Nr. 15. S. 703.

23. Wilms

Der Ileus in Deutsche Chirurgie Bd. 46.

24. Wölfler und Lieblein

Die Fremdkörper im Magen und Darmkanal. Deutsche Chirurgie Bd. 46.

25. Trojano

Fremdkörper im Magen. (Italienisch) Cit. noch Chir. Centralorgan Nr. 32 S. 726.

Lebenslauf.

Am 21. Juni 1906 wurde ich in Köln geboren. Nach vierjährigem Besuch der Volksschule siedelte ich zum staatlichen Dreikönigengymnasium über, an dem ich im Jahre 1925 meine Reifeprüfung bestand. Seit dieser Zeit studierte ich an den Universitäten Bonn und Köln Medizin und bestand meine ärztliche Vorprüfung im Jahre 1927. Nach Beendigung meiner klinischen Semester meldete ich mich zum ärztlichen Staatsexamen, welches ich im Mai 1930 beendete.

Ich versichere hiermit an Eidesstatt, daß ich vorliegende Arbeit ohne unerlaubte Hilfsmittel angefertigt habe.

Hans Lahme.

Köln, 1. Juni 1930.